

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

167

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges GENDROT

Né le 18 juillet 1910, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

LA CÉSARIENNE BASSE

A LA MATERNITÉ

DE

L'HOTEL-DIEU DE RENNES

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges GENDROT

Né le 18 juillet 1910, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

LA CÉSARIENNE BASSE

A LA MATERNITÉ

DE

L'HOTEL-DIEU DE RENNES

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES AMIS

A M. LE DOCTEUR BRINDEAU

Officier de la Légion d'honneur
Professeur à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux

*Pour le très grand honneur qu'il veut
bien nous faire en acceptant la prési-
dence de notre thèse.*

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A M. LE DOCTEUR HARDOUIN

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes.

*En le remerciant de m'avoir inspiré ce
sujet de thèse.*

LA CÉSARIENNE BASSE A LA MATERNITÉ DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES

INTRODUCTION

Le lecteur ne doit pas s'attendre à trouver ici l'exposé d'idées nouvelles. Nous n'avons pas non plus le désir de traiter complètement la césarienne supra-symphysaire, ni même de passer en revue tout ce qui a été dit sur cette question.

Cette modalité de la thérapeutique obstétricale a été l'objet de travaux nombreux et variés : ses indications, les techniques opératoires, les résultats sont aujourd'hui bien déterminés et enseignés dans les classiques.

Nous nous proposons seulement de contribuer à la documentation du sujet en réunissant ici des faits cliniques.

Ce travail sera donc essentiellement documentaire et statistique : nous n'avons pas d'autre prétention en l'abordant ; nous nous tiendrons sur le terrain des faits en rapportant ce qui a été observé, la conduite suivie et les résultats obtenus.

A cet effet, nous avons groupé ici les observations

trouvées dans les registres de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Rennes et prises dans le Service obstétrical de M. le D^r Hardouin durant une période de sept années, de 1928 à 1935, pendant lesquelles il dirigea ce Service.

CHAPITRE PREMIER

L'HYSTÉROTOMIE

L'une des caractéristiques dominantes de la thérapeutique obstétricale actuelle est la tendance de plus en plus marquée à recourir à la chirurgie pour résoudre des problèmes qui, il y a seulement une trentaine d'années, ne relevaient que de l'obstétrique proprement dite.

Qu'un obstacle mécanique rende dangereuse, ou même impossible, l'extraction du fœtus par les voies naturelles ou qu'un état pathologique rende nécessaire l'évacuation rapide de l'utérus gravide à terme, l'hystérotomie par voie abdominale permet d'obtenir, avec le maximum de simplicité technique, la naissance d'un enfant qui bénéficie du privilège d'échapper à toute action traumatisante.

Mais, pour la mère, ce résultat est-il acquis avec une parfaite et entière sécurité?

On aurait pu croire que l'introduction, dans la pratique de la chirurgie, des méthodes pastoriennes d'antisepsie, puis d'asepsie, qui supprime le risque de contamination septique par l'opérateur et le matériel opératoire, permette de répondre par l'affirmative.

Il n'en est malheureusement rien et ces méthodes n'ont pas supprimé le risque inhérent à l'état de l'opérée au moment de l'intervention. Pinard avait pu dire, en parlant du pronostic opératoire de la basiotripsie sur l'enfant mort, dans les viciations pelviennes : « Les conditions dans lesquelles se trouve l'organisme maternel, au moment d'une intervention obstétricale quelconque, jouent au point de vue des suites opératoires un rôle considérable, sinon capital. »

Cette formule, vraie pour la basiotripsie, l'est encore plus pour la césarienne conservatrice.

Le pronostic de l'hystérotomie avec conservation de l'utérus est en effet commandé par un facteur essentiel : l'état septique des voies génitales, qui peut entraîner soit une contamination du champ opératoire au cours de l'intervention, soit secondairement une infection puerpérale, dont l'évolution sera singulièrement aggravée de ce fait que l'utérus, dont elle est la première étape, est porteur d'une plaie en voie de cicatrisation.

Quant à cet état septique des voies génitales, il peut être déterminé par des germes introduits dans le vagin ou l'utérus, à l'occasion d'exploration ou de tentatives. Il peut être aussi déterminé par une exaltation de virulence de germes préexistants dans le vagin sous l'influence de l'abaissement des moyens de défense générale et peut-être locale qu'entraîne l'état de parturition.

On ne doit donc pas, *a priori*, en toute sagesse, tenter la conservation de l'utérus, toutes les fois qu'il

y a infection génitale : que cette infection soit cliniquement évidente et se traduise par une élévation de la température et qu'elle apparaisse seulement comme probable, en particulier chez des femmes qu'un long et douloureux travail a sûrménées, dont l'œuf est ouvert depuis de longues heures et sûrement infecté, chez lesquelles, enfin, des manœuvres — explorations vaginales, tentatives d'extraction — ont été pratiquées par des mains non aseptiques ou contaminées, au passage, par un milieu vaginal devenu séptique.

Le problème se ramenait donc, pour obtenir de l'intervention le maximum de sécurité, à n'opérer qu'avant le travail, à une heure fixée par la seule volonté de l'accoucheur.

Cette solution d'extrême prudence, Bar, qui avait opté pour elle dès 1887, en était resté le fidèle défenseur malgré les inconvénients nombreux que peut présenter une doctrine aussi rigide : multiplication injustifiée des opérations, naissance d'enfants si prématurés qu'il ne survivent pas, perte du bénéfice de l'hystérotomie pour nombre d'enfants dont les mères étaient déjà en travail lorsque l'indication avait pu être posée.

Aussi cette solution a-t-elle dû céder la place à une doctrine moins rigide, capable de concilier à la fois les exigences obstétricales et chirurgicales.

On peut en effet faire bénéficier femme et enfant de l'hystérotomie dès le début du travail ou au cours du travail si la femme est préservée de tout contact septique, à condition que la poche des eaux soit

intacte ou rompue depuis peu, la température et le pouls étant normaux.

Mais si ces conditions ne sont pas respectées, si la césarienne corporéale (c'est elle que nous avons toujours désignée précédemment sous le nom d'hystérotomie) est pratiquée au cours du travail, les membranes étant rompues depuis plusieurs heures, avec ou même sans température, que voit-on ? Un accroissement notablement marqué de la mortalité et cet accroissement, toutes les statistiques le prouvent abondamment.

C'est là un inconvénient sérieux à la cause de la césarienne corporéale et c'est pourquoi les praticiens accordent actuellement leurs préférences à la césarienne basse ou supra-symphysaire.

Au cours du travail et toutes choses égales, les résultats sont en effet meilleurs que ceux obtenus avec la corporéale, même avant tout début du travail. Pratiquée au cours du travail dans des conditions cliniques défavorables avec travail prolongé — membranes rompues — la césarienne basse, tout en n'étant pas toutefois complètement exempte de dangers, fait certainement courir un moindre risque à la femme que la césarienne corporéale.

Et cette supériorité s'explique aisément. La césarienne corporéale est une opération dont les résultats immédiats et éloignés sont viciés par un facteur : ce facteur défavorable, c'est le siège de l'incision sur le corps même de l'utérus.

Du fait que l'incision porte sur ce corps, la suture

sera soumise aux très énergiques contractions du muscle utérin, d'où absence de repos pour cette plaie en voie de cicatrisation.

La région corporéale d'autre part, avec son revêtement péritonéal très adhérent, ne se prête pas à une sérieuse péritonisation. Enfin, la ligne de suture corporéale est un point d'appel pour les adhérences intestinales qui, lors de la descente de l'utérus vers le pelvis, peuvent être la cause d'occlusion et créer des difficultés en cours des opérations itératives.

Par ailleurs les mauvaises cicatrisations — surtout s'il y a infection locale — peuvent avoir pour l'avenir obstétrical de l'opérée des conséquences graves. Avec la césarienne corporéale il faut s'attendre dans une proportion que les statistiques évaluent à 4 % des cas à des ruptures de la région cicatricielle lors des gestations ultérieures.

Avec l'incision basse portant sur le segment inférieur ces inconvénients n'existent pas.

L'incision porte en effet sur une région peu contractile, surtout si l'on opère en cours de travail, région recouverte d'une lame péritonéale très facilement décollable, permettant une péritonisation parfaite : les avantages — même en cas d'infection locale — sont donc évidents.

Enfin, il semble que les risques de rupture lors de parturitions ultérieures soient moins grands qu'avec la césarienne corporéale.

Ces considérations semblent donc très suffisantes pour justifier la préférence qu'actuellement la grande

majorité des praticiens accorde à la césarienne basse et c'est pourquoi nous avons cru utile de les préciser brièvement avant de passer à l'exposé des 126 observations qui font l'objet de ce travail.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Année 1928 : 3 cas.

1. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N^o 192.

Secondipare de 22 ans. Rétrécissement du bassin.
1^{er} accouchement : césarienne corporéale le 3 septembre 1926, naissance d'un enfant du sexe féminin pesant 4 kgr.

Début du travail le 24 juillet 1928 à 16 heures de l'après-midi ; il s'agit d'une présentation du siège. La longueur du travail, la notion du rétrécissement du bassin et les antécédents font incliner vers la voie haute.

Intervention relativement facile malgré la présence de quelques adhérences épiploïques.

Extraction d'un enfant vivant de 3 kgr. 450 du sexe masculin, suites normales, sortie de l'enfant et de la mère le 10 août, soit 18 jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

2. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N^o 199.

Primipare de 28 ans. Taille 1 m. 37. Lésions rachi-

tiques du squelette. Bassin aplati canaliculé avec diamètre utile : 8 cm.

Début du travail dans la nuit du 2 au 3 août. Il y a eu rupture spontanée de la poche des eaux le 2 août au matin. Le 3 août, à 8 h. 45 du matin, les douleurs sont toujours très marquées : la tête déborde largement le pubis et à ce moment il y a une dilatation de petite paume.

A 11 heures on décide l'intervention : césarienne basse typique, facile. Extraction d'un enfant du sexe féminin pesant 3 kgr. 200.

Sortie de la mère et de l'enfant en bonne santé le 21^e jour après l'entrée.

3. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 281.

Troisième geste, 30 ans.

1^{er} accouchement à terme en 1931 : forceps, enfant pesant 2 kgr.

2^e accouchement : prématuré à 7 mois 1/2 ; naissance d'un enfant du sexe masculin mort au bout de 10 heures.

Enceinte pour la troisième fois, cette femme arrive de la campagne le 22 octobre 1928, en travail depuis une durée de 10 heures. La poche des eaux est intacte. Il s'agit d'une présentation longitudinale avec une tête mobile en bas au-dessus du détroit supérieur. Le diamètre utile est aux environs de 8.

Intervention classique et extraction d'un enfant de 3 kgr. 840. Suites normales.

Sortie de la mère et de l'enfant le 18^e jour.

Année 1929 : 10 cas.

4. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 66.

Primipare de 23 ans. Présente une atrophie du membre inférieur droit avec raccourcissement de 4 cm. Ankylose presque totale de la hanche droite : séquelle probable d'une ancienne coxalgie survenue à l'âge de 3 ans.

A terme, avec présentation du siège décomplété, mode des fesses, gênant l'exploration du bassin.

Le début du travail remonte à 10 jours. Entrée à la salle de travail le 6 février 1929 : l'utérus est contracté, les douleurs sont subintrantes : 1 cmc. morphine. Bruits du cœur bons. Toute la journée du 7, il y a continuation des douleurs mais la dilatation reste à 1 franc, la poche des eaux est intacte.

Le 8 février, à 11 heures, la situation n'a pas changé, le col ne s'est dilaté que très peu, mais les bruits du cœur se sont modifiés et sont à peine perceptibles. On décide d'intervenir par la voie haute.

A l'intervention, on tombe sur un segment inférieur mal développé, de telle sorte que l'incision utérine porte en grande partie sur le corps. Extraction d'un enfant de sexe masculin de 2 kgr. 400.

Les suites sont fébriles avec délire. Pas de réaction péritonéale. Le ventre est ballonné, mais souple. Le toucher ne révèle ni signe de collection, ni douleur ; le col est fermé, mais écoulement lochial purulent.

Le 1^{er} mars, on décide de faire sauter les sutures et l'on tombe sur une suppuration étendue de la paroi.

La température tombe, mais le 20 mars reprend. La malade accuse une douleur à droite : il y a de ce côté un œdème de la paroi, on ouvre à nouveau et l'on tombe sur une poche contenant un liquide séro-sanguinolent, que l'on incise et draine. L'état général s'améliore, la température tombe, l'appétit est revenu, la suppuration s'est tarie, la plaie abdominale est même cicatrisée, quand brusquement, le 6 mai : syncope brusque avec hypothermie, dyspnée et mort subite.

5. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 18.

Troisième geste, 29 ans.

1^{er} accouchement : dystocique le 6 mars 1925, présentation du siège. Enfant mort-né du sexe féminin.

2^e accouchement : dystocique en 1927, grande extraction du siège, 15 jours avant terme. Enfant mort-né du sexe masculin.

A l'examen : squelette rachitique, incurvation des cuisses et des jambes. Taille 1 m. 48.

Bassin rachitique canaliculé avec diamètre utile aux environ de 8 cm. 5.

Cette femme est amenée à la salle de travail 10 heures après le début du travail et la rupture de la poche des eaux : la dilatation est complète, mais le palper mensurateur montre le débordement de la tête qui est mobile au-dessus du détroit supérieur. Les bruits du cœur sont bons

Intervention par voie haute : césarienne basse classique sous anesthésie rachidienne, sans incidents opératoires.

toires. Enfant du sexe masculin de 4 kgr. 100 en parfait état physique.

Les suites opératoires sont parfaites.

Sortie de la mère et de l'enfant au bout de 20 jours.

6. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 205.

Primipare, 28 ans. Symptômes accusés de rachitisme, taille 1 m. 29.

Bassin généralement rétréci avec diamètre utile aux environs de 8 cm.

Douze heures après l'entrée en travail : tête mobile débordant largement la symphyse.

Opération césarienne basse typique avec extraction d'un enfant du sexe féminin de 3 kgr. 300.

Sortie 3 semaines plus tard après suites normales.

7. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 215.

Secondipare de 23 ans.

1^{re} césarienne basse à terme en 1926 avec naissance d'un enfant de 4 kgr. 220 et dont l'indication avait été un rétrécissement du bassin : aplati avec diamètre utile = 8 cm. avec symphyse épaisse, basse, horizontale.

Présence d'autres lésions rachitiques du squelette (taille 1 m. 35).

Après épreuve du travail, la tête reste élevée et déborde le pubis. On décide d'intervenir à nouveau. Rachianesthésie, et césarienne basse itérative : intervention facile, compliquée cependant par la présence de quelques adhérences épiploïques.

La première cicatrice utérine n'est plus visible. Enfant de 4 kg. 330 du sexe masculin.

Suites absolument normales. Sortie 18 jours après l'intervention.

8. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 218.

Primipare de 20 ans. Squelette rachitique. Le promontoire est accessible, avec faux promontoires. Bassin canaliculé avec diamètre utile de 8 cm. environ.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Début du travail le 14 juillet à 6 heures ; à 10 heures intervention par césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 300.

Suites normales et sortie 22 jours après.

9. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 227.

Secondipare, 35 ans.

1^{er} accouchement le 29 mai 1928, dystocique, à terme, terminé par une basiotripsie.

Le squelette paraît normal. La taille est de 1 m. 44.

Au toucher on trouve un col très déchiré. Le diamètre utile est de 8, 3.

Il s'agit d'une présentation du sommet avec dos à droite. L'épreuve du travail n'amène aucun engagement de la présentation.

Césarienne basse typique.

Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 500.

Suites apyrétiques. Sortie de la mère et de l'enfant le 28^e jour après l'entrée.

10. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 233.

Primipare de 26 ans. Arrive de la campagne le 29 juillet en travail depuis une durée de 13 heures.

Au toucher, bassin rachitique caniculé avec sacum convexe très déformé. Le promontoire est très facilement accessible. L'examen n'est pas poussé plus loin par crainte de rupture de la poche des eaux qui bombe au travers d'une dilatation de 6 à 7 cm.

A 9 h. 30, intervention classique par césarienne basse après rachianesthésie. Enfant de sexe masculin : 2 kgr. 840. Suites normales. Guérison et sortie le 20^e jour.

11. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 259.

Secondipare, 28 ans.

1^{er} accouchement le 24 août 1919, spontané, à terme, d'un enfant du sexe masculin pesant 3 kgr. 300, mort-né (ascite congénitale). La mère présentait de l'hydramnios et était porteuse d'une vaginité granuleuse. Le placenta pesait 950 grammes.

Cette femme enceinte pour la seconde fois est depuis 2 mois en traitement dans le service pour sa gonococcie.

La grossesse a été normale, toutefois présence à nouveau d'hydramnios.

Le 5 septembre, à 4 heures du matin, rupture de la poche des eaux. Les douleurs apparaissent dans la matinée vers 10 heures. L'abdomen est volumineux et la hauteur utérine est de 40 cm. Il s'agit d'une présentation du siège complet. Le toucher ne révèle aucun engagement de la présentation.

En raison des antécédents et comme l'enfant paraît

volumineux, une césarienne est pratiquée vers 15 heures de l'après-midi.

Enfant du sexe féminin de 4 kgr. 850.

Les suites de l'opération sont bonnes. Sortie au bout de 20 jours.

12. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 282.

Primipare de 30 ans. Squelette paraissant normal, taille 1 m. 46. Au toucher, bassin canaliculé avec diamètre utile plus petit que 8 cm., symphyse horizontale, sacrum en hameçon. Faux promontoire. Tête en bas fixée, ne ballottant pas. Après une épreuve du travail qui dure 13 heures après le début de celui-ci, la tête n'accuse aucune tendance à s'engager. On décide la voie haute : intervention très facile et extraction d'un enfant du sexe féminin qui était en O. I. D. P. et pesant 3 kgr. 800.

Vingt-trois jours après, la mère et l'enfant sortent en bonne santé.

13. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 304.

Primipare, 24 ans. Squelette avec lésions rachitiques : chapelet costal, taille 1 m. 35.

Promontoire accessible sur toute sa longueur, sacrum plat, tête en bas débordant largement la symphyse, le diamètre utile est de 8 cm., 3 environ. Bassin annulaire.

Epreuve du travail tentée 15 heures : la poche des eaux est intacte.

Opération césarienne classique.

Enfant masculin de 3 kgr. 300.

Suites normales. Sortie de la mère et de l'enfant
26 jours après.

Année 1930 : 11 cas.

14. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 13.

Primipare, 20 ans. Squelette normal. Taille 1 m. 41.

Mais bassin avec promontoire accessible et très saillant
avec diamètre utile = 7 cm. 5.

Présentation du siège.

Devant la longueur du travail, la notion de rétrécissement du bassin : intervention par voie haute.

Césarienne basse sous anesthésie générale au balsoforme (la rachianesthésie ayant été impossible).

Extraction d'un enfant féminin de 2 kgr. 700.

Suites normales, sortie le 22^e jour.

15. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 93.

Primipare, 28 ans. Squelette présentant des lésions rachitiques nombreuses.

Bassin rachitique avec diamètre utile de 8 cm. 2. Cette femme est entrée à la Maternité au bout de 40 heures de travail et de rupture des membranes. A ce moment, ni dilatation ni engagement de la tête, qui est très mobile et déborde largement au-dessus du détroit supérieur.

Dans ces conditions : césarienne basse sous rachianesthésie.

Extraction d'un enfant du sexe masculin de 3 kgr. 500.
Suites bonnes.

16. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 154.

Primipare de 27 ans. Signes de rachitisme intéressant squelette et bassin :

Taille 1 m. 37. Bassin canaliculé. Promontoire très facilement accessible et faux promontoire. Diamètre utile 7 cm.

Entrée à la salle d'opération 10 heures après le début du travail : la poche des eaux est rompue, mais après épreuve du travail aucun engagement de la présentation (céphalique).

Césarienne basse typique : rachianesthésie, aucun incident, suites opératoires bonnes.

Enfant du sexe féminin de 2 kgr. 951.

17. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 163.

Primipare, 24 ans. Le squelette paraît normal, mais l'examen révèle un bassin canaliculé avec promontoire bas et diamètre utile de 8 cm. 5.

Après 34 heures de travail, aucun engagement : tête en bas, mobile au-dessus du détroit supérieur.

Césarienne basse, extraction d'un enfant de 3 kgr.

Suite de couches physiologiques, sortie le 21^e jour.

18. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 184.

IV^e geste, 38 ans.

1^{er} accouchement en 1926 : forceps, enfant mort avant naissance.

2^e accouchement en 1927 : forceps, enfant mort-né.

3^e accouchement en 1928 : forceps, enfant mort.

Le squelette semble normal, taille 1 m. 50.

Bassin rachitique canaliculé avec diamètre utile aux environs de 7 cm. 8.

Présentation céphalique : épreuve du travail pendant 15 heures, les bruits du cœur sont bons, la poche des eaux est intacte.

Les antécédents obstétricaux (3 enfants morts) et l'absence d'engagement nous font incliner vers la voie haute. Césarienne basse facile.

Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 230.

Les suites opératoires sont bonnes, et la femme sort 18 jours après l'intervention.

19. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 187.

II^e geste, 36 ans.

1^{er} accouchement en octobre 1926 : dystocique (forceps, crochet de Braun) ; enfant du sexe féminin mort à la naissance, squelette paraissant normal. Bassin rachitique canaliculé avec diamètre utile de 8 cm. 6.

Cette femme entre à la Maternité en travail depuis une durée de 10 h. A ce moment la dilatation est de 5 francs ; on prolonge l'épreuve du travail, mais la dilatation reste inchangée et la tête toujours débordant la symphyse pubienne.

Césarienne basse classique. Extraction d'un enfant de 3 kgr. 200 du sexe féminin.

Suites opératoires satisfaisantes et sortie au bout de 3 semaines.

20. Maternité de Rennes. OBSERVATION N° 236.

III^e geste, 34 ans.

1^{er} accouchement en mai 1928 : terminé par une basiotripsie.

2^e accouchement en juin 1929 : césarienne basse avec enfant de 3 kgr. 200.

Squelette paraissant normal. Taille 1 m. 44.

Bassin canaliculé avec diamètre utile de 8 cm. 3.

Dès le début du travail, on décide d'intervenir par voie haute. Césarienne basse.

L'intervention est facile, on ne trouve déjà plus de traces de la cicatrice utérine antérieure.

Enfant de 2 kgr. 900 du sexe masculin.

Suites opératoires parfaites.

Guérison et sortie au bout d'un mois.

21. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 237.

Secondipare, 30 ans.

1^{er} accouchement dystocique terminé par une application de forceps avec enfant mort-né de 4 kgr. 500.

Bassin rétréci avec diamètre utile inférieur à 9.

En travail depuis 24 heures, la poche des eaux est intacte. Comme il n'y a aucun engagement de la tête et que le fœtus paraît volumineux, devant la notion de l'accouchement antérieur, on incline vers l'intervention par voie haute.

Césarienne basse avec extraction d'un enfant de 4 kgr. 950. Sortie et guérison un mois après l'intervention.

22. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 302.

Primipare, 21 ans.

Squelette rachitique : incurvation des tibias. Parenthèse fémorale. Scoliose droite. Taille 1 m. 18.

Bassin aplati canaliculé, diamètre utile 8 cm. 5.

Présentation céphalique.

A dilatation complète, après une épreuve du travail prolongée pendant 20 heures, et devant une absence totale d'engagement de la tête, on décide une césarienne basse : intervention typique et facile.

Enfant masculin de 3 kgr. 750.

Suites normales, sortie 25 jours après l'opération.

23. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 339.

Primipare, 26 ans.

Femme entrée à la Maternité en travail et après une rupture de la poche des eaux depuis 36 heures.

Aucune dilatation. A subi de nombreux touchers d'une matrone. Au-dessus du détroit supérieur on sent un pôle mobile non engagé (que l'intervention précisera pour être un siège). Pas de température.

Césarienne basse : extraction d'un volumineux enfant masculin de 4 kgr. 200. L'infection et la fécondité du liquide amniotique font nécessiter la mise en place d'un Mikulicz.

Suites légèrement fébriles pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre, et la guérison est complète au bout d'un mois après l'intervention.

24 *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 375.

II^e geste, 42 ans.

1^{er} accouchement dystocique terminé par application de forceps en 1928 et naissance d'un enfant mort.

Squelette rachitique. Taille 1 m. 36.

Bassin aplati canaliculé. Diamètre utile = 7 cm. 5.

Comme l'enfant semble volumineux et devant le rétrécissement marqué du bassin, l'intervention par voie haute était depuis longtemps envisagée. Aussi, dès le début du travail, mais après rupture prématurée des membranes.

Césarienne basse sous rachianesthésie.

Enfant de 3 kgr. 950.

Suites absolument normales, sortie au bout de 23 jours.

Année 1931 : 21 cas.

25. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 46.

II^e geste, 39 ans.

1^{er} accouchement dystocique (forceps) en 1928, enfant mort-né.

Squelette paraissant normal, mais lésions du bassin : aplati canaliculé avec diamètre utile aux environs de 8.

Au bout de 16 heures de travail il n'existe aucun engagement de la tête qui reste très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Césarienne basse et extraction d'un enfant du sexe féminin de 4 kgr. 820. Suites opératoires excellentes.

Sortie le 22^e jour.

26. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 57.

II^e geste, 31 ans.

1^{er} accouchement en 1929, dystocique : plusieurs applications de forceps. Enfant mort à la naissance.

Squelette présentant des signes de rachitisme. Taille : 1 m. 45. Bassin rachitique aplati canaliculé avec diamètre utile de 8 cm. 2.

Entre à la Maternité, la poche des eaux rompue, et 17 heures après le début du travail, sans aucun engagement avec une tête très débordante en bas.

Comme les contractions tendent à prendre une allure subintrante et que ni la morphine, ni la spasalgine successivement employées n'amènent de sédation à cet état, on décide une césarienne basse, sous rachianesthésie.

Intervention facile. Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 200.

Les suites opératoires sont très bonnes.

27. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 75.

Primipare, 21 ans. Le squelette paraît normal, mais l'examen révèle un bassin rachitique, aplati, annelé, avec un diamètre utile inférieur à 9 cm.

Après épreuve du travail, le palper mensurateur indique un débordement net de la tête au-dessus du détroit supérieur. Césarienne basse typique. Enfant du sexe féminin de 3 kgr. 250.

Guérison complète et sortie le 18^e jour.

28. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 135.

Primipare, 27 ans. Envoyée à la campagne par le Dr B..

En travail depuis plus de 50 heures. Au toucher, aucune dilatation. Bassin rachitique avec diamètre utile de 8 cm. environ. La palpation ne permet pas le diagnostic du pôle qui se présente. Une radiographie précise une tête bloquée dans la fosse iliaque droite. Césarienne basse. Enfant de 3 kgr. 300 du sexe féminin.

Suites physiologiques, guérison et sortie le 19^e jour.

29. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 142.

II^e geste, 40 ans.

Un accouchement antérieur terminé par basiotripsie après tentatives de forceps et de version.

Squelette normal, mais bassin touché, rachitique canaliculé avec diamètre utile à 9 cm.

La tête après l'épreuve du travail, que l'on ne manque pas de tenter, reste élevée et déborde largement la symphyse, l'utérus a tendance à se contracturer. Cet état impose la voie haute.

Césarienne basse classique.

Extraction d'un enfant de 3 kgr. 430.

Suites opératoires excellentes.

30. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 167.

III^e geste, 32 ans.

1^{er} accouchement avant terme d'un enfant de 2 kgr. en 1927. mort.

2^e accouchement dystocique à terme (forceps) : enfant mort. Bassin paraissant normal, taille 1 m. 38.

Epreuve du travail, pas d'engagement.

Comme cette femme en est à sa 3^e grossesse sans enfant vivant : césarienne basse classique facile.

Enfant de 3 kgr. 620. Les suites opératoires sont normales.

31. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 180.

Primipare, 32 ans. Squelette et bassin rachitiques.

Envoyée de l'extérieur en travail et ayant perdu ses eaux depuis deux jours. Nombreux touchers par une matrone, puis un médecin. A son entrée légère température : 38°2 Pas de dilatation. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Césarienne basse : l'intervention est laborieuse, surtout pour l'extraction au forceps de l'enfant.

Enfant de sexe masculin de 3 kgr. 250.

La température persiste quelques jours, puis tombe, et les suites sont parfaites. Sortie le 20^e jour après l'opération.

32. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 239.

IV^e geste, 26 ans.

Une césarienne basse en 1930 dont l'indication avait été un rétrécissement du bassin (rachitique canaliculé avec diamètre utile de 8 cm, squelette rachitique, taille 1 m. 35). Revient à terme en travail avec une présentation non engagée.

Intervention itérative facile.

Enfant du sexe féminin de 3 kgr. 200.

Guérison complète après des suites normales et sortie au bout d'un mois.

33. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 262.

Primipare, 22 ans. Envoyée par une sage-femme de la campagne.

En travail depuis 20 heures, après rupture précoce de la poche des eaux.

A l'arrivée, l'utérus est tétanisé, la tête est restée élevée et déborde largement. Les bruits du cœur sont ralentis.

Au toucher : issue de méconium, dilatation de 5 cm.

Bassin rachitique aplati canaliculé, diamètre utile : 8 cm., température rectale normale.

Césarienne basse. Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 290, suites excellentes. Sortie le 26^e jour.

34. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 284.

Primipare, 26 ans. Envoyée à terme par le Dr L.. Pas de contractions utérines douloureuses, mais l'utérus est tétanisé. Au toucher bassin rétréci.

Césarienne basse.

Extraction d'un enfant de 3 kgr. 470.

Les suites opératoires sont normales.

Guérison et sortie au bout de 20 jours.

35. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 294.

Primipare, 30 ans. Coxalgie droite. Bassin coxalgique et rachitique. Le diamètre utile est de 7 cm. 5.

L'indication de la voie haute ayant été posée à l'arrivée de cette femme dans le service de la Maternité dès le début du travail, on pratique chez elle une césarienne basse.

Enfant masculin de 3 kgr. 700.

Suites de couches physiologiques.

36. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 298.

III^e geste, 29 ans. Squelette et bassin rachitique. Diamètre utile = 7 cm. environ. 2 césariennes antérieures en 1924 et 1923 : avec enfants vivants et dont les suites ont été parfaites.

3^e intervention par voie haute et césarienne basse classique.

Enfant de 3 kgr. 530. Suites normales.

Guérison et sortie le 13^e jour.

37. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 299.

Primipare, 18 ans. Squelette rachitique avec bassin aplati caniculé. Diamètre utile = 8 cm. environ.

Envoyée de la campagne par le Dr Ch..., avec une présentation céphalique n'ayant au bout de 30 heures de travail aucune tendance à s'engager.

A l'arrivée, la poche des eaux est rompue, la dilatation est complète, mais la tête déborde toujours le pubis.

Césarienne basse.

Intervention facile : extraction d'un enfant du sexe féminin de 3 kgr. 400.

Suites opératoires bonnes et sortie le 19^e jour.

38. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 309.

II^e geste, 32 ans.

Une fausse couche en 1928.

Bassin légèrement rétréci avec diamètre utile à 8 cm. 7.

Présentation du siège complet. Enfant très volumineux.

Après l'épreuve du travail et devant le peu d'espoir d'un accouchement spontané, on décide une césarienne basse, intervention relativement facile.

Enfant du sexe masculin de 5 kgr. 650.

Suites opératoires excellentes.

39. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 312.

IV^e geste, 28 ans.

1^{er} accouchement en 1923 : gémellaire, 2 prématurés mort-nés.

2^e accouchement en 1926 : forceps. enfant de 2 kgr. 470 : décédé au bout de 3 jours.

3^e accouchement en 1927 : présentation du siège : grande extraction : fille de 2 kgr. 500 mort-née.

Le squelette paraît normal, mais le bassin révèle un rachitisme prononcé avec promontoire accessible.

Dans ces conditions, après l'épreuve du travail et en raison des antécédents obstétricaux (3 dystocies antérieures sans enfant vivant), l'intervention par voie haute est décidée.

Césarienne basse qui permet l'extraction d'un enfant de 3 kgr. 670.

Les suites opératoires sont satisfaisantes.

40. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 329.

Primipare, 34 ans. Envoyée à la Maternité parce qu'elle a présenté au cours de sa grossesse et qu'elle présente des hémorragies.

A l'arrivée, après 3 heures de travail : utérus contracturé. Bruits du cœur difficiles à percevoir.

Césarienne basse.

Extraction d'un enfant du sexe féminin de 3 kgr.

Les suites opératoires sont excellentes.

41. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 339.

II^e geste, 25 ans.

1^{er} accouchement : césarienne basse en avril 1930, dont l'indication avait été un rétrécissement pelvien.

En effet : bassin rachitique canaliculé avec diamètre utile de 7 cm.

Intervention itérative dès le début du travail, facile et extraction d'un enfant de 3 kgr. 400.

Suites opératoires bonnes. Sortie le 17^e jour.

42. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 344.

III^e geste, 32 ans. Squelette rachitique avec bassin canaliculé et diamètre utile de 8 cm.

A déjà subi deux césariennes : 1 haute en 1926 et 1 basse en 1927, dont les suites opératoires ont été parfaites.

Cette femme est amenée par une sage-femme douze heures après le début du travail. La poche des eaux est intacte. A ce moment, la tête est mobile et déborde fran-

chement la symphyse. Les bruits du cœur sont bons.

Nouvelle intervention relativement facile, gênée cependant par l'englobement de l'utérus dans de nombreuses adhérences épiploïques et anses intestinales.

Ces difficultés incitent le Dr B... qui opère à stériliser la femme par ligature des trompes.

Suites excellentes. Enfant de 2 kgr. 900.

43. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 360.

VII^e geste, 39 ans. Arrivée à terme ayant présenté une hémorragie abondante ayant déterminé une syncope (plusieurs hémorragies dans la fin de la grossesse).

A l'examen, pas de signe de travail, pas de dilatation. Les bruits du cœur sont bons.

Césarienne classique. Enfant de 2 kgr. 900 dont l'état est satisfaisant.

Suites bonnes et sortie au bout de 22 jours.

44. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 372.

Primipare, 27 ans. Squelette normal. Taille 1 m. 44. Bassin rachitique annulé avec diamètre utile de 8 cm. 5.

Entrée en travail le 16 décembre 1931 ; rupture précoce des membranes. Le 17, la tête n'est pas engagée, mais commence à se fléchir. Comme la température et le pouls sont normaux, on décide de prolonger l'épreuve du travail mais, le 18, malgré les contractions utérines efficaces et régulières, la situation n'a pas changé et en particulier il n'y a pas de dilatation. Aussi décide-t-on d'intervenir chirurgicalement.

Césarienne basse. Enfant du sexe féminin de 3 kgr. 650.
Suites normales, apyrétiques et sortie 3 semaines après
l'intervention.

45. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 386.

1^{er} geste, 30 ans.

A présenté plusieurs hémorragies pendant sa grossesse.
Envoyée à la Maternité à 7 mois 1/2 et présentant une
abondante hémorragie. Comme cette femme n'est pas en
travail, on décide de pratiquer une intervention par voie
haute.

Césarienne basse classique.

Enfant en état de mort[?] apparente que l'on ranimera
facilement.

Suites opératoires satisfaisantes.

Sortie au bout d'un mois.

Année 1932 : 17 cas.

46. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 17.

Primipare, 21 ans. Présente une luxation double de la
hanche.

Bassin légèrement rétréci. Avec promontoire accessible
au loin.

Cette femme est restée pendant 20 heures en travail :
cette épreuve n'a amené ni dilatation du col, ni engage-
ment de la tête, fœtale qui reste élevée au-dessus du
détroit supérieur.

La poche des eaux est rompue depuis le début du travail.

Césarienne basse et extraction d'un enfant de 3 kgr. 850.
Les suites opératoires sont parfaites.

47. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 29.

1^{er} geste, 24 ans. Squelette paraissant normal, mais bassin rachitique canaliculé avec détroit utile de 8 cm. 5.

Une épreuve du travail n'amenant chez cette femme aucun engagement de la présentation, on pratique chez elle une césarienne basse qui permet l'extraction d'un enfant de 2 kgr. 370.

Suites normales. Etat satisfaisant de la mère et de l'enfant à leur sortie le 20^e jour.

48. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 70.

1^{le} geste, 22 ans.

1^{er} accouchement en janvier 1930 : césarienne basse pour rétrécissement du bassin avec diamètre utile de 7 cm. 5.

Nouvelle intervention dès le début du travail, césarienne basse itérative, facile.

Aucune trace de l'ancienne cicatrice.

Extraction d'un enfant du sexe féminin de 2 kgr. 790.
Suites opératoires parfaites.

49. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 112.

Primipare, 32 ans. Le squelette paraît normal. Néanmoins le toucher mensurateur révèle un rétrécissement

marqué du bassin, le diamètre utile n'étant que de 7 cmc. 5.

On pratique chez cette femme une épreuve du travail pendant 15 heures ; comme cette épreuve n'amène aucun espoir d'un accouchement spontané, on décide l'intervention par voie haute.

Césarienne basse. Enfant de 2 kgr. 580.

Suites opératoires parfaites.

50. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 117.

1^{er} geste, 24 ans. Arrivée à la Maternité, envoyée par le Dr M..., en travail et ayant perdu ses eaux depuis plus de 30 heures pour non-engagement de la présentation.

Le palper mensurateur révèle en effet une tête qui déborde sensiblement la symphyse et est très mobile.

Dans ces conditions, on pratique chez cette femme une césarienne basse qui permet l'extraction d'un enfant de 3 kgr. 750.

Suites apyrétiques. Guérison et sortie le 22^e jour.

51. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 119.

41 ans. 5 accouchements antérieurs normaux ou peu dystociques avec enfants vivants.

Entre à la Maternité enceinte de 8 mois pour placenta prævia, présentant une hémorragie très abondante : l'enfant est vivant, la poche des eaux intacte. Le travail n'est pas commencé.

Césarienne basse. Enfant du sexe masculin de 2 kgr. 795.

Suites opératoires très bonnes.

52. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 145.

III^e geste, 35 ans.

Cette femme a fait, au cours de ce 3^e geste, 3 hémorragies à 5 mois, 6 mois et 7^e mois. Quand elle rentre dans le Service elle est enceinte de 8 mois 1/2 environ. Elle saigne beaucoup et a déjà beaucoup perdu. Aucun signe de travail.

Intervention par voie haute.

Césarienne basse avec enfant de 2 kgr. 820.

Bonnes suites opératoires.

53. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 149.

Cette primipare de 28 ans est amenée de la campagne par le Dr P..., en travail depuis 10 heures, avec poche des eaux rompue.

On constate à l'examen un rétrécissement du bassin, le diamètre utile est de 8 cm. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

On décide la voie haute : césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 100.

Suites opératoires excellentes.

54. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 177.

II^e geste, 40 ans.

1^{er} accouchement à terme avec extraction au forceps d'un enfant de 2 kgr. 100.

Squelette normal. Taille 1 m. 48. Bassin canaliculé.
Diamètre utile = 8 cm.

L'épreuve du travail est pratiquée, résultat nul. Césarienne basse

Extraction d'un enfant de 3 kgr. 910.

Guérison et sortie le 25^e jour.

55. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 209.

Primipare, 27 ans.

Cette femme entre à la salle de travail le 27 juillet 1932 à 16 heures, avec le diagnostic de placenta prævia. Hémorragie ce jour à 17 heures, cédant à une injection chaude. Dans la journée du 28, deux nouvelles hémorragies se produisent. La dernière se montrant rebelle à tout traitement, on décide une césarienne basse.

Intervention facile jusqu'à la délivrance qui se montre assez adhérente.

Enfant de 2 kgr. 920 en parfaite condition physique. Suites normales. La femme sort guérie le 20^e jour.

56. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 302.

Premier geste, 20 ans. Symptômes nombreux de rachitisme portant sur le squelette et le bassin, dont le diamètre utile de 8 cm. environ. Amenée par le Dr P..., en travail depuis 2 jours avec une présentation céphalique n'ayant aucune tendance à l'engagement.

Césarienne basse. Enfant de 3 kgr. 400.

Suites opératoires très bonnes.

57. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 316.

Primipare, 30 ans. Squelette paraissant normal, mais bassin rétréci rachitique du type canaliculé non mesuré

avec promontoire accessible au loin et faux promontoire saillant.

Présentation céphalique.

Epreuve du travail sans résultats.

Césarienne basse (enfant de 3 kgr. 650 du sexe féminin) dont les suites opératoires seront bonnes.

58. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 331.

II^e geste, 30 ans.

Un accouchement dystocique (forceps) d'un enfant vivant de 2 kgr.

Cette femme est entrée à la salle de travail ayant perdu ses eaux depuis la veille. Les contractions sont bonnes et rapprochées, la dilatation est complète, mais la présentation reste élevée et la tête déborde le pubis.

Dans ces conditions, 30 heures après le début du travail, on pratique une césarienne basse.

Intervention facile. Enfant de 3 kgr. 890.

Sortie guérie le 16^e jour.

59. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 379.

II^e geste, 28 ans.

Le premier accouchement s'est terminé par une césarienne basse en 1930. Les indications avaient été un rétrécissement du bassin (diamètre utile = 8 cm.) et une présentation de l'épaule.

Revient à la Maternité en travail avec une présentation non engagée, qui restera inchangée après épreuve du travail.

Césarienne basse itérative. Enfant de 3 kgr. 730.

Suites excellentes.

60. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 382.

30 ans, 3 accouchements spontanés à terme et normaux antérieurement.

Enceinte pour la 4^e fois, a présenté 3 hémorragies à 7 mois, 7 mois 1/2 et 8 mois, devenant à chaque répétition plus abondante. Arrive à la Maternité en travail depuis 2 heures et présentant une abondante hémorragie. Parturiente pâle shockée, pouls petit, pas de dilatation.

Césarienne basse. Enfant de 3 kgr. 770 qui naît étonné.

Suites opératoires bonnes.

61. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 414.

II^e geste, 31 ans.

Une césarienne basse en 1930 pour cause de rétrécissement pelvien. Diamètre utile plus petit que 8 cm.

Dès le début du travail chez cette femme, qui était hospitalisée à la Maternité, on opte à nouveau pour la voie haute.

Césarienne basse itérative.

Enfant de 3 kgr. 575.

Suites absolument parfaites. Sortie le 18^e jour.

62. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 428.

IV^e geste, 26 ans.

Basiotripsie en 1927.

Accouchement à 7 mois en 1928, enfant mort.

Accouchement dystocique en 1930 : version et enfant mort.

Bassin annelé avec diamètre utile inférieur à 9 cm.

Cette femme arrive à la Maternité en travail depuis plusieurs heures avec une dilatation complète. La tête semble légèrement engagée ; sous anesthésie générale, on tente mais sans résultat un Demelin.

Une césarienne basse est alors décidée et pratiquée.

Enfant de 3 kgr. 470. Suites normales, apyrétiques.

Guérison et sortie au bout d'un mois.

Année 1933 : 22 cas.

63. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 19.

III^e geste, 28 ans.

2 accouchements spontanés à terme antérieurement avec enfants vivants.

Envoyée à 8 mois $1/2$ de grossesse pour hémorragie. A son arrivée pas de signe de travail, mais l'examen révèle le diagnostic de placenta prævia central.

Césarienne sous-péritonéale, mais intéressant le segment inférieur (peu développé encore en raison de l'âge de la grossesse) et une faible partie du corps utérin.

Extraction d'un enfant de 2 kgr. 600.

Suites excellentes.

64. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 26.

Primipare, 28 ans.

Squelette paraissant normal, mais bassin légèrement vicié. Le promontoire est facilement accessible.

L'enfant semble volumineux.

Malgré la rupture précoce de la poche des eaux, on soumet la femme à sa descente dans la salle de travail à l'épreuve du travail. Le lendemain, soit 15 heures après, la tête n'est pas engagée et déborde franchement le pubis. Comme l'enfant paraît volumineux, on décide d'intervenir par voie haute.

Intervention facilement conduite ; seule l'extraction de l'enfant est très pénible, bien que l'on ait eu recours au forceps.

Enfant de sexe masculin de 4 kgr. 250.

Cet enfant traumatisé au cours de l'extraction succombera dans la soirée.

Suites opératoires excellentes.

Sortie le 24^e jour.

65. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 40.

II^e geste, 24 ans.

1 fausse couche de 3 mois, 6 ans avant cette grossesse actuelle.

Cette femme que l'on peut considérer comme une primipare entre à la Maternité en travail depuis une durée de 10 heures et ayant rompu ses membranes depuis 3 heures, pour un rétrécissement du bassin et une présentation de l'épaule.

Les contractions utérines sont très rapprochées, mais il n'existe aucune dilatation.

Devant ces conditions l'intervention par voie haute, la césarienne basse, s'impose.

Après incision de la paroi abdominale, après incision transversale du péritoine viscéral sur 6 cm. environ et décollement de celui-ci, on tombe sur un segment inférieur peu développé de telle sorte que l'incision utérine empiète sur le corps utérin.

Extraction d'un enfant de 2 kgr. 200.

Délivrance facile par expression.

Terminaison de l'intervention, rapide, sans hémorragie notable.

Bien que fatiguée, l'état de cette femme après l'intervention est très satisfaisant.

Par prudence néanmoins : injection de 40 cmc. d'huile camphrée. Le lendemain, sans élévation de la température malgré 3 litres de sérum physiologique, 40 cmc. d'huile camphrée, 2 cmc. d'éther la femme s'affaiblit et le poulx s'accélère.

Cet état persiste malgré le renouvellement du traitement et le 3^e jour dans la nuit, mort subite.

66. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 60.

Primipare, 20 ans. Arrive à la Maternité en travail depuis 4 jours avec une poche des eaux rompue, envoyée par le Dr L., après plusieurs tentatives de forceps.

A son entrée : tête fléchie et fixée, mais débordant sensiblement la symphyse.

Au toucher dilatation complète, tête élevée. Diamètre utile 8 cm. 5. Légère température et accélération du poulx.

Césarienne basse classique.

Enfant de 3 kg. 820.

Suites opératoires très bonnes, apyrétiques.

67. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 101.

Primipare, 31 ans. Squelette rachitique. Diamètre utile : 7 cm. 5. Arrivée à la Maternité à dilatation complète, ayant subi 4 applications de forceps infructueuses, avec un utérus tétanisé : aucun engagement.

Une césarienne basse est décidée et pratiquée et on extrait un enfant de 2 kgr. 870.

Malgré les nombreux touchers, une rupture précoce des membranes, 4 tentatives de forceps, cette femme guérira en 19 jours sans la moindre élévation de température.

68. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 107.

24 ans. A déjà subi une césarienne basse en 1932 pour un rétrécissement pelvien avec diamètre utile de 8 cm. 5.

Hospitalisée dans le Service de la Maternité, on intervient par voie haute dès le début du travail.

Césarienne basse itérative.

Extraction d'un enfant du sexe féminin de 3 kgr. 070. Suites opératoires très bonnes et guérison complète à la sortie.

69. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 114.

Premier geste, 19 ans. Diamètre utile : 8 cm. 5.

Entrée à la Maternité, envoyée par le Dr P..., en travail depuis deux jours : les membranes rompues de la veille.

Dilatation d'une petite paume, mais présentation non

engagée ; on prolonge l'épreuve du travail pendant 12 heures encore, mais la dilatation ne changeant pas et les contractions devenant subintraantes, une césarienne basse est alors décidée et pratiquée.

Enfant masculin de 3 kgr. 130.

Les suites opératoires sont bonnes.

70. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 110.

II^e geste, 25 ans.

A eu un accouchement prématuré à 7 mois en 1932, avec naissance d'un enfant masculin de 1 kgr. environ qui est décédé dans la journée.

Envoyée au bout de 37 heures de travail avec une présentation non engagée, une tête mobile au-dessus du détroit supérieur et une dilatation complète.

Césarienne basse et extraction d'un enfant de 3 kgr. 050.
Suites normales.

71. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 140.

Primipare, 23 ans. Squelette rachitique : taille 1 m. 39. Bassin rachitique canaliculé. Diamètre utile = 7 cm. 5.

Dès l'arrivée à la Maternité, après examen, une césarienne basse est décidée et pratiquée.

Intervention classique. Enfant de 3 kgr. 200. Suites normales. Sortie le 24^e jour.

72. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 180.

III^e geste, 29 ans.

2 accouchements dystociques en 1930 et 1931, avec enfants morts à la naissance.

Revient à la Maternité en travail depuis une durée de 13 heures, avec une tête au-dessus du détroit supérieur et débordant la symphyse.

Césarienne basse. Enfant de 3 kgr. 460.

Suites normales.

L'examen de la femme révélera par la suite un rétrécissement marqué du pelvis, le diamètre utile étant inférieur à 8 cm. 5.

73. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 183.

II^e geste, 24 ans.

Un accouchement en 1929. Dystocique à terme (forceps) d'un enfant masculin de 2 kgr. environ.

Phlébite dans les suites de couches.

Le diamètre utile est de 8 cm.

L'épreuve du travail pratiquée à la Maternité n'ayant amené aucun engagement de la présentation (tête O. I. D. P.), une césarienne basse est décidée et pratiquée.

Enfant de 3 kgr. 870.

Suites parfaites.

74. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 185.

III^e geste, 27 ans.

1^o Un accouchement spontané à terme en 1930 d'une fille pesant 2 kgr. 100.

2^o Un accouchement dystocique (forceps) d'un enfant mort-né en 1932.

3^o Arrive en travail depuis 24 heures, envoyée par le Dr M..., avec une poche des eaux rompue et une tête en O. I. D. non engagée.

- Au toucher : 1^o pas de dilatation ;
2^o rétrécissement du bassin ;
3^o procidence du cordon.

On décide alors l'intervention immédiate par voie haute. Césarienne basse facile.

Enfant masculin de 4 kgr. 300 en parfait état.

Suites opératoires excellentes.

75. Maternité de Rennes, OBSERVATION N^o 223.

Primipare de 27 ans.

Cette femme est entrée en travail et ayant perdu ses eaux depuis 24 heures. La dilatation est complète.

Les contractions utérines sont bonnes : il s'agit d'une présentation du siège décomplété mode des fesses. Avant de tenter l'extraction, on mesure le bassin : le diamètre utile est aux environs de 8 cm.

Cette mensuration fait alors opter pour la voie haute. Césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 400.

Les suites opératoires sont excellentes.

76. Maternité de Rennes, OBSERVATION N^o 246.

42 ans. Bassin rachitique avec diamètre utile à 9 cm. III^e geste.

Le premier accouchement s'est terminé par une basiotripsie sur tête, dernière après application du forceps et version.

La deuxième grossesse a nécessité une césarienne basse en 1932.

Les antécédents obstétricaux ont décidé dès le début du travail à une nouvelle intervention par voie haute. Cette césarienne basse itérative sera facile et permettra avec la plus grande simplicité et sans suites pathologiques ultérieures l'extraction d'un enfant du sexe masculin de 4 kgr. 480.

77. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 271.

Primipare, 23 ans. Envoyée à la Maternité par le Dr B...

A l'entrée, contractions utérines éloignées et peu intenses. Tête nettement mobile au-dessus du détroit supérieur. La hauteur utérine est de 40 cm.

Cette femme aurait perdu ses eaux depuis plus de 24 heures. La mensuration du bassin donne un diamètre utile de 8 cm. 2.

Césarienne basse.

Enfant de 4 kgr. 700.

Suites très bonnes.

78. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 283.

Premier geste, 28 ans. Le squelette paraît normal, mais le bassin est vicié, canaliculé. Diamètre utile : 8 cm. 4.

Epreuve du travail pratiquée se révélant négative. Césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 620.

Les suites de l'opération sont bonnes et la femme sort le 17^e jour.

79. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 293.

II^e geste, 24 ans.

G. Gendrot

Première grossesse. Césarienne basse avec enfant de 3 kgr. 400 pour viciation pelvienne et diamètre utile de 8 cm. 5. Dès le début du travail intervention itérative pratiquée. Enfant de 3 kgr. 800.

La femme guérit sans incidents et sort le 18^e jour.

80. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 304.

Premier geste, 32 ans. Bassin et squelette rachitiques du type annelé, avec diamètre utile à 8 cm. 5.

Epreuve du travail négative.

Césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 560.

Suites normales.

81. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 305.

Primipare, 25 ans. Femme dont le bassin ne peut être mesuré en raison d'une atrésie très marquée des voies génitales,

Arrive en travail, membranes rompues depuis 3 jours.

Tête débordant franchement la symphyse.

Césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 120.

82. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 332.

II^e geste, 23 ans.

Une césarienne basse en 1930 pour cause de bassin rachitique : diamètre utile de 8 cm.

Revient à la Maternité à terme en travail avec une présentation du siège : le fœtus paraît volumineux. Aussi pratique-t-on une nouvelle intervention haute.

Enfant de 4 kgr. 250.

Suites parfaites.

83. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 336.

Ile geste, 29 ans.

Accouchement spontané à terme en 1932 d'un enfant de 2 kgr. mort-né. Bassin rachitique du type annelé. Diamètre utile : 8 cm. 7. Cette femme entre en travail et après rupture des membranes depuis une durée de 13 heures. A ce moment, aucun engagement de présentation.

Intervention par voie haute. Césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 750.

Suites opératoires parfaites.

Sortie le 22^e jour.

84. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 339.

Premier geste, 31 ans. Squelette et bassin rachitiques, canaliculés, diamètre utile : 8 cm.

Cette femme arrive à la Maternité en travail depuis 3 jours, membranes rompues, présentation non engagée.

Césarienne basse.

On découvre au moment de l'intervention qu'il s'agissait d'une présentation de la face en M. I. D.

Enfant de 3 kgr. 270.

Suites opératoires très bonnes.

Année 1934 : 29 cas.

85. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 47.

Primipare, 27 ans. Squelette rachitique. Promontoire facilement accessible. Bassin très déformé : faux promontoire, diamètre utile : 8 cm. 4.

Après épreuve du travail et devant le résultat négatif obtenu par celle-ci :

Césarienne basse.

Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 300.

86. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 56.

V^e geste, 28 ans.

1^{er} accouchement en 1927. Basiotripsie.

2^e accouchement prématuré provoqué à 7 mois en 1928.

3^e accouchement dystocique : version en 1931.

4^e accouchement : césarienne basse en 1932 pour cause de rétrécissement pelvien : type annelé. Etant donné que sur les 4 gestations antérieures cette femme n'a d'enfant vivant que celui qu'a permis d'extraire la césarienne basse de 1932, une intervention itérative sera pratiquée.

Cette seconde intervention est facilement réalisée, malgré quelques adhérences et un décollement un peu plus laborieux du péritoine.

Enfant du sexe féminin de 3 kgr. 370.

Sortie au 23^e jour.

87. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 57.

III^e geste, 29 ans.

1^{er} accouchement : avortement de 2 mois en 1927. En 1931, accouchement spontané d'un enfant de 2 kgr. 200.

Bassin rachitique canaliculé avec diamètre utile : 8 cm. Arrive en travail depuis 35 heures. Fœtus volumineux. Césarienne basse.

Extraction d'un enfant de sexe masculin de 4 kgr. 050.

Trois jours après : 2 crises d'éclampsie à 7 heures d'intervalle, que la thérapeutique habituelle jugule et qui ne se renouvelleront plus par la suite.

Ce détail mis à part, les suites opératoires sont parfaites.

88. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 59.

IV^e geste, 38 ans. Squelette et bassin normaux.

A eu 3 accouchements normaux avec naissance d'enfants relativement petits, 2 kgr.

Cette multipare arrive en travail depuis deux jours, à dilatation complète, mais sans aucun engagement de sa présentation, le fœtus paraît volumineux, l'examen est gêné par de l'hydramnios.

L'épreuve du travail est prolongée, le résultat négatif incite alors à l'intervention par voie haute.

Césarienne basse.

Extraction d'un enfant de 5 kgr. 380.

Suites normales. Sortie le 20^e jour.

89. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 95.

Primipare, 23 ans. Squelette paraissant normal. Taille

1 m. 47. Bassin rétréci, faux promontoire. Le diamètre utile est de 8 cm. 5.

La césarienne basse a été pratiquée chez elle en raison du non-engagement de la présentation après épreuve du travail habituel.

Enfant de 2 kgr. 480.

Les suites opératoires sont bonnes.

90. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 98.

Premier geste, 25 ans.

Femme arrivée en travail depuis une durée de 15 heures, avec membranes rompues depuis le même temps. Un toucher pratiqué à son entrée dans le Service montre une dilatation nulle, un bassin rétréci, avec 8 cm. de diamètre utile : il s'agit d'une présentation du siège complet.

Intervention par voie haute : césarienne basse. Enfant de 3 kgr. 450.

Sortie le 21^e jour après des suites opératoires excellentes.

91. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 140.

Primipare, 23 ans. Squelette rachitique, femme de petite taille : 1 m. 35. Bassin canaliculé avec promontoire très saillant, diamètre utile : 7 cm. 5.

Est dans le Service depuis un mois.

Epreuve du travail pratiquée négativement : aucun engagement.

Césarienne basse.

Extraction facile d'un enfant du sexe masculin de 3 kgr. 200.

Suites normales.

92. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 151.

Premier geste, 18 ans. Squelette rachitique, petite taille : 1 m. 36.

Bassin canaliculé, diamètre utile : 9 cm.

Entre en travail, pas d'engagement, la tête déborde franchement la symphyse.

L'épreuve du travail ne modifie pas cette situation. Dans ces conditions, l'accouchement par les voies naturelles ne semble pas devoir être espéré : on pratique une césarienne basse.

Enfant de 3 kgr.

Suites normales.

93. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 154.

III^e geste, 36 ans.

1^{er} accouchement prématuré à 7 mois : enfant mort.

2^e accouchement dystocique (forceps) : enfant mort.

Bassin vicié, promontoire accessible facilement, non mesuré.

Au bout d'une épreuve du travail de 4 jours (dilatation complète et les membrane étant rompues), la tête est encore mobile au-dessus du plan du détroit supérieur.

Césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 200. Suites parfaites.

94. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 158.

Primipare, 19 ans, squelette rachitique, taille : 1 m. 51.

Bassin annelé dont le diamètre utile est de 8 cm. 5.

Epreuve du travail sans résultat.

Intervention par voie haute : césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 750.

Suites parfaites.

95. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 162.

Primipare, 28 ans. Squelette paraissant normal. Taille : 1 m. 49.

Bassin rachitique avec un diamètre utile de 8 cm. 8.

Présentation du siège et gros œuf.

Après 13 heures de travail, il n'y a aucun engagement, malgré des contractions utérines régulières et rapprochées.

Césarienne basse. Enfant de 3 kgr. 780.

Suites opératoires satisfaisantes.

96. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 163.

29 ans. Aurait eu deux accouchements antérieurs en 1929 et 1930, avec enfants mort-nés.

Bassin canaliculé avec diamètre utile d'environ 8 cm. L'engagement est nul après l'épreuve du travail : on se trouve en présence d'une tête qui reste mobile au-dessus du détroit supérieur et débordant très largement la symphyse. Dans ces conditions et du fait que cette troisièmipare n'a pas un seul enfant vivant, on pratique chez elle une :

Césarienne basse.

Extraction d'un enfant du sexe masculin de 3 kgr. 450.
Les suites opératoires sont bonnes.

97. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 190.

Premier geste, 22 ans.

Envoyée par le D^r J... pour cause de non-engagement et
lenteur du travail.

Membranes rompues depuis 14 heures.

A l'examen, bassin canaliculé avec promontoire très
saillant. Diamètre utile de 8 cm. 2.

Opération césarienne supra-symphysaire classsique.

Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 650.

Suites opératoires normales.

98. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 202.

III^e geste, 29 ans.

En 1930, accouchement dystocique (sur lequel on n'a
que peu de renseignement), avec enfant mort-né.

En 1932, césarienne basse avec enfant de 4 kgr. 500
pour cause de rétrécissement du bassin.

Les mêmes indications se posent à l'arrivée de cette
femme et l'intervention par voie haute est renouvelée.

Césarienne basse assez facile, peu hémorragique, enfant
de 4 kgr. 200.

Suites normales.

99. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 220.

Secondipare, 33 ans.

Un accouchement spontané à terme en 1927, squelette
et bassin normaux.

Plusieurs hémorragies vers la fin de cette grossesse, placenta prævia centro-partiel.

Césarienne basse : placenta prævia inséré sur la partie antérieure du segment inférieur.

Enfant du sexe masculin de 2 kgr. 620.

Suites parfaites.

100. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 247.

II^e geste, 31 ans.

Envoyée avec le diagnostic de placenta prævia central.

Césarienne basse. Enfant de 2 kgr. 820.

Suites excellentes.

101. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 276.

II^e geste, 31 ans.

Un avortement de 3 mois en juillet 1922.

Femme envoyée à la Maternité pour lenteur du travail et non-engagement.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Bassin rachitique. Diamètre utile de 8 cm. 3.

Césarienne basse.

Enfant du sexe masculin de 4 kgr. 150.

Suites opératoires parfaites.

102. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 281.

Secondipare, 27 ans.

Un accouchement dystocique à terme (siège) en 1932.

La fin de cette grossesse depuis le 6^e mois est marquée

par des hémorragies intermittentes, de plus en plus fréquentes et abondantes.

Arrive à la Maternité pour cette cause et présente dans la journée une forte hémorragie.

L'auscultation des bruits du cœur semble négative.

Césarienne basse. Enfant mort-né de 3 kg. 450.

Suites opératoires satisfaisantes.

103. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 301.

40 ans. Bassin rachitique canaliculé. Faux promontoire.
Diamètre utile : 8 cm.

Ve geste. Les 3 premiers ont été dystociques avec enfants mort-nés.

IV^e geste : césarienne basse avec enfant vivant.

Revient en travail. La poche des eaux est intacte. On ne procède pas à l'épreuve du travail car, à l'auscultation, on décèle des signes de souffrance fœtale.

Césarienne basse pratiquée aussitôt.

Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 050, qu'il est impossible de ranimer.

104. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 330.

III^e geste, 35 ans.

En juin 1930, accouchement dystocique (forceps), enfant mort-né.

En mai 1932, césarienne basse pour viciation pelvienne.

Devant les mêmes indications :

Césarienne basse itérative facile, malgré la présence de quelques petites adhérences.

Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 830.

Sortie et guérison de la mère 17 jours après.

105. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 343.

I^{er} geste, 20 ans. Bassin canaliculé. Diamètre utile à 8 cm.

Enfant paraissant volumineux.

On n'insiste que très peu sur l'épreuve du travail pour pratiquer presque d'emblée dans ce cas de viciation pelvienne une césarienne basse, qui permet l'extraction facile d'un enfant masculin de 3 kgr. 300.

106. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 350.

V^e geste, 30 ans. Envoyée à la Maternité pour intervention pour cause de placenta prævia.

Césarienne basse. Enfant masculin de 3 kgr. 180. On trouve un placenta inséré sur le segment inférieur en avant et à gauche et très adhérent.

Suites opératoires bonnes.

107. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 355.

III^e geste, 29 ans. Squelette rachitique. Bassin aplati canaliculé. Le diamètre utile est de 8 cm. environ.

Deux césariennes basses antérieures en 1928 et 1931. Nouvelle intervention, devant les mêmes indications, rendue pénible par ce fait que l'utérus est sclérosé et saigne; néanmoins, on parvient à une hémostase complète.

Extraction d'un enfant de 3 kgr. 900.

Suites opératoires très satisfaisantes.

108. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 360.

VI^e geste, 36 ans. Squelette rachitique, taille : 1 m. 34. Bassin canaliculé. Diamètre utile aux environs de 8 cm.

Cinq accouchements antérieurs tous dystociques (forceps ou version) en 1919, 1920, 1922, 1925, 1931 et s'étant tous terminés par la naissance d'enfants morts.

Ces antécédents et la notion de viciation pelvienne imposent dès le début du travail une césarienne basse, qui permet l'extraction facile d'un enfant du sexe féminin pesant 4 kgr. 320. Suites normales.

109. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 373.

IV^e geste, 30 ans.

Trois accouchements dystociques avec enfants mort-nés antérieurement : peu de renseignements précis à ce sujet. Squelette rachitique, taille : 1 m. 12. Incurvation des tibias. Lignes innommées suivies jusque dans les sinus ; sacum suivi partout. Diamètre utile : 8 cm. 2.

Présentation transversale.

Césarienne basse. Enfant du sexe féminin de 3 kgr. 300. Suites très bonnes.

110. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 381.

Secondipare de 28 ans. Bassin canaliculé assez fortement rétréci.

En 1930, un accouchement dystocique avant terme : forceps. Enfant mort-né *in utero* depuis 24 heures.

Revient à dilatation complète après 4 heures de poussée et rupture des membranes : la tête mal fléchie débordé encore largement.

Signes de souffrance fœtale à l'auscultation.

Césarienne basse.

Enfant de 3 kgr. 840 en état de mort apparente, facilement ranimé par la suite.

Guérison et sortie le 24^e jour.

111. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 389.

Secondipare, 29 ans.

Une fausse couche à 5 mois en 1929.

Squelette paraissant normal. Le promontoire est accessible au loin. Le sacrum est suivi sur toute sa hauteur. Le bassin est rétréci dans toutes ses dimensions.

Césarienne basse pour débordement et non-engagement de la tête après rupture de la poche des eaux et travail bien déclenché, se prolongeant, mais sans efficacité.

Enfant du sexe masculin de 3 kgr. 800.

Suites opératoires très bonnes.

112. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 407.

Primipare, 22 ans. Bassin rachitique canaliculé avec diamètre utile aux environs de 8 cm. Epreuve du travail sans résultat.

Césarienne basse et enfant masculin de 3 kgr 280.

Suites parfaites.

113. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 413.

Primipare, 20 ans. Femme de petite taille. Bassin rétréci, diamètre utile : 8 cm. Lignes innominées suivies jusqu'au fond des sinus, sacum plan suivi partout. Tête

débordant largement la symphyse. Dilatation complète, au bout de 30 heures de travail ; les membranes sont rompues depuis le début. Pas de température.

Césarienne basse. Enfant du sexe féminin de 3 kgr. 950. Suites physiologiques et apyrétiques.

Année 1935 : 13 cas.

114. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 1.

Troisièmipare de 32 ans.

1^{er} accouchement à terme dystocique (forceps) en 1927 enfant mort-né.

2^e accouchement à terme dystocique (forceps) en 1929, suivi de fièvre puerpérale.

Bassin annelé. Diamètre utile : 8 cm. 6.

Entre à la Maternité le 5 janvier à 9 heures du matin, en travail déjà. A 15 heures, dilatation complète, tête élevée débordant légèrement, non fléchie, membranes rompues depuis le matin. Enfant volumineux.

Césarienne basse classique facile, sous rachianesthésie.

Enfant du sexe féminin de 4 kgr. 540.

Suites opératoires bonnes, sortie le 22^e jour.

115. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 30.

IV^e geste, 36 ans.

1^{er} accouchement dystocique en 1924 (forceps), enfant mort pesant 4 kgr.

2^e accouchement dystocique en 1926 (épaule), enfant mort.

3^e accouchement dystocique en 1928 (forceps), enfant vivant.

Squelette normal. Bassin canaliculé. Diamètre utile : 9 cm. 3. Femme entrée en travail dans la matinée du 2 février, la poche des eaux est rompue depuis la veille à 20 heures, malgré de bonnes douleurs toute la journée : pas d'engagement de la tête. La femme est envoyée à la Maternité vers 21 heures, où l'on décide la voie haute.

Césarienne basse. Extraction d'un enfant du sexe masculin de 4 kgr. 270.

Suites normales, sortie le 20^e jour.

116. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 34.

Primipare, 32 ans.

Envoyée de la campagne au bout de 10 heures de travail et 12 heures après rupture de la poche des eaux. A l'examen, pratiqué à l'arrivée de cette femme on trouve une tête débordant largement la symphyse. Au toucher : bassin rachitique avec diamètre utile de 8 cm. 6.

Césarienne basse typique et facile.

Extraction d'un enfant du sexe masculin pesant 3 kgr. 250.

Suites bonnes et sortie 3 semaines après.

117. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 36.

Secondipare, 24 ans.

1^{er} accouchement le 24 octobre 1933, dystocique à terme (forceps), enfant mort-né de 3 kgr. 130.

Taille : 1 m. 30. Bassin canaliculé avec diamètre utile : 8 cm. 5.

L'indication de la césarienne chez cette femme a été le débordement très marqué de la tête au palper mensurateur la femme, étant en travail et la poche des eaux rompue depuis plus de 15 heures.

Césarienne classique. Rachianesthésie. Extraction difficile de la tête fœtale au forceps : enfant du sexe féminin de 3 kgr. 430.

Suites parfaites.

118. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 37.

Primipare, 27 ans. Squelette petit. Bassin rachitique aplati, sacum plan à la moitié supérieure, sans faux promontoire.

Pr. s/s p. = 9,5.

Diamètre utile = 8 cm.

Présentation du siège incliné. Après épreuve du travail, une césarienne est pratiquée : segment inférieur mal développé et incliné à droite. Utérus cordiforme avec une corne gauche très développée et une corne droite rudimentaire.

Extraction d'un enfant du sexe masculin de 2 kgr. 850.
Suite bonnes.

119. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 72.

Primipare, 25 ans. Cette femme de 1 m. 20 présente à l'examen de son squelette toutes les lésions rachitiques possibles, cyphose, scoliose, incurvation des membres inférieurs.

Bassin généralement rétréci, canaliculé sur toute sa longueur, avec diamètre utile de 8 cm.

Après l'épreuve du travail, la tête non seulement ne s'engage pas, mais a tendance à filer dans la fosse iliaque gauche.

Césarienne basse facile, sous rachianesthésie.

Enfant débile, du sexe féminin, de 2 kgr. 150.

Suites normales.

120. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 76.

III^e geste, 34 ans.

1^{er} accouchement en 1927, dystocique à terme (forceps) : enfant vivant de 2 kgr. 100.

2^e accouchement en 1931 (version par manœuvres internes).

Enfant mort de 4 kgr.

Squelette paraissent normal. Bassin généralement rétréci, aplati, annelé, avec diamètre utile de 9 cm. 5.

Après une épreuve du travail assez longue, la dilatation restant à 5 fr., devant altération des B. du C., rupture prématurée des membranes datant de plus de 18 heures, on a décidé de pratiquer une césarienne basse, qui a été surtout rendue pénible par de grandes difficultés d'hémostase.

Enfant du sexe masculin pesant 3 kgr. 600.

Donc l'indication de cette césarienne a été, au cours du travail, non la dystocie osseuse (bassin praticable), mais l'arrêt du travail et la souffrance fœtale.

Suites opératoires bonnes.

121. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 91.

Secondipare, 22 ans.

1^{er} accouchement prématuré à 7 mois (siège) d'un enfant masculin de 2 kgr. en janvier 1931.

Squelette paraissant normal. Promontoire accessible au loin. Bassin rétréci transversalement.

Entrée en travail et épreuve de travail.

Il s'agit d'une présentation transversale, avec malformation utérine : rupture prématurée des membranes et tendance à la contraction du muscle utérin.

Intervention par voie haute : césarienne basse. Extraction d'un fœtus vivant masculin de 2 kgr. 170. Après l'extraction de l'arrière-faix, on se rend compte de la dualité de l'utérus au niveau de son tiers supérieur. Dans la corne gauche, on retire un magma formé par une dégénérescence de la caduque.

Suites normales.

122. *Maternité de Rennes*, OBSERVATION N° 147.

Primipare, 28 ans. Petite taille rachitique avec bassin annelé, avec diamètre utile de 8 cm. 8.

Rupture prématurée des membranes. Travail extrêmement lent. Après 50 heures de rupture des membranes, la dilatation reste stationnaire à 5 fr. La tête est au détroit supérieur, ayant tendance à plonger, mais non engagée.

La température monte alors à 38°4 et le pouls à 115, le col moins souple a tendance à s'œdématiser.

Dans ces conditions on décide une césarienne basse. Intervention classique sous rachianesthésie.

Extraction par application de forceps sur la tête. Enfant vivant masculin de 3 kgr. 875.

Suites très bonnes : la température, après s'être maintenue pendant deux jours au-dessus de 38°5, est tombée complètement après.

123. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 155.

Primipare, 24 ans. Squelette paraissant normal. Bassin rachitique canaliculé avec diamètre utile à 8 cm. 9.

Césarienne basse, pour débordement net de la tête au palper mensurateur, après rupture des membranes et travail bien déclenché. Déviation nette de la tête vers la fosse iliaque gauche. Opération suivant la technique classique sans incidents. Rachianesthésie.

Extraction d'un enfant vivant du sexe masculin et pesant 3 kgr. 690.

Suites opératoires excellentes.

124. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 174.

Primipare, 33 ans. Squelette normal. Taille 1 m. 40. Bassin canaliculé. Faux promontoire très saillant à 8 cm. 5. Vrai promontoire à 8 cm. 7.

Le 3 juin à minuit, cette femme en travail depuis 24 heures, avec des contractions à type spasmodique, rompt ses membranes ovulaires à dilatation de 2 fr. A 10 heures du matin ce même jour, la dilatation reste stationnaire. Les douleurs sont espacées, peu efficaces. La tête ne déborde pas, amorcée au détroit supérieur, mais butée sur le faux promontoire, bien qu'hyperfléchie.

Liquide teinté de méconium, bruits du cœur accélérés à 160. On décide la voie haute.

Césarienne basse, sous rachianesthésie.

Enfant masculin de 2 kgr. 450.

Suites opératoires parfaites.

125. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 220.

IV^e geste, 35 ans.

1^{er} accouchement (6 mars 1925), dystocique à terme :
siège enfant mort-né.

2^e accouchement (9 février 1927), dystocique, siège :
mort-né (15 j. avant terme).

3^e accouchement (1^{er} avril 1929). Césarienne basse.
Enfant vivant de 4 kgr. 150.

Bassin généralement rétréci, canaliculé, avec diamètre utile à 8 cm. 7. Au bout de 24 heures de rupture des membranes et en raison des antécédents présentés par cette femme, on décide une césarienne itérative.

Intervention facile, bien qu'on découvre un utérus adhérent à la paroi au niveau de son segment inférieur :
décollement relativement facile.

Extraction d'un enfant du sexe masculin de 3 kgr. 820.
Suites opératoires bonnes. Mère et enfant sortent le 21^e jour.

126. Maternité de Rennes, OBSERVATION N° 282.

Primipare, 23 ans. Taille 1 m. 37, squelette normal.

Bassin manquant d'étoffe dans toutes ses dimensions.

Diamètre utile à 8 cm. 5.

Césarienne basse pour non-engagement de la tête après rupture artificielle des membranes à dilatation complète et travail bien déclenché. Enfant masculin de 3 kgr. 150.

Suites opératoires excellentes.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

L'étude de ces 126 cas est suffisante pour permettre de tirer un certain nombre de déductions utiles pour le but de ce travail, qui reste avant tout de contribuer à la documentation de la césarienne basse.

Nous y retrouvons en particulier le plus grand nombre des indications admises actuellement pour l'opération césarienne.

L'indication majeure a été la viciation pelvienne et tout spécialement le rétrécissement rachitique du bassin.

A elles seules, ces anomalies et lésions du squelette ont en effet justifié la nécessité de 107 interventions.

Après cette dystocie osseuse, le second groupe des indications nous a été fourni par l'existence d'une insertion vicieuse du placenta.

Dans les 11 cas signalés, il s'agit de placenta prævia central ou centro-partiel (n^{os} 40, 43, 45, 51, 52, 55, 60, 63, 99, 100, 106).

Les autres indications que nous relevons en troisième lieu sont plus rares ; dans trois cas, en plus d'une viciation pelvienne légère ou même dans un bassin

praticable, l'intervention a eu surtout pour grande cause la souffrance fœtale (nos 33, 110, 120).

La dystocie fœtale par excès de volume du fœtus nous est donnée par 4 observations : dans deux cas (nos 38 et 88), on peut considérer cette dystocie comme la cause unique. Dans les deux autres (nos 11 et 64), cette dystocie relative s'ajoutait à une autre dystocie : un rétrécissement modéré du bassin, et présentation du siège.

Enfin, fournie par une observation N° 121, l'indication de la césarienne a été une présentation transversale chez une multipare présentant en outre une malformation utérine.

En résumé donc, 126 cas se répartissant comme suit :

Viciation pelvienne	107 observations
Placenta prævia	11 observations
Souffrance fœtale	3 observations
Dystocie par excès de volume fœtal	4 observations
Présentation transversale	1 observation

Parmi les 107 cas de viciations pelvienne nous nous sommes trouvés 10 fois en présence d'une présentation du siège (complet ou décompleté).

Ces 10 cas (Nos 1, 4, 11, 14, 38, 75, 82, 90, 95, 117), nous les signalons dans notre travail parce qu'ils confirment les conclusions par lesquelles le Dr Le Bras de Bordeaux a terminé son étude sur la césarienne basse dans les présentations du siège (Thèse 1934, Bordeaux) à savoir que « si la présenta-

tion du siège ne constitue jamais à elle seule une indication suffisante de l'opération césarienne, elle peut être considérée comme une dystocie relative. Cette dystocie relative ajoutée à une autre dystocie relative (et par ordre de fréquence l'auteur signale dans les rétrécissements modérés du bassin : les anomalies de la dilatation, l'étroitesse des parties molles, l'excès de volume fœtal et la primiparité âgée) peut entraîner l'indication de l'opération césarienne basse ».

Quant à cette parenthèse soulevée à propos de la présentation du siège, elle se trouve répétée très souvent dans d'autres circonstances et l'on peut dire, de nos observations, que la césarienne n'a pas toujours trouvé une indication précise, une dystocie unique et bien déterminée, par exemple, mais la somme de plusieurs dystocies qui en s'intriquant aggravait suffisamment chez la même femme le pronostic pour entraîner et justifier une intervention par voie haute.

Et, complétant ce qui précède, nous signaleront aussi, à propos de la viciation pelvienne, tout particulièrement, que dans tous les cas exposés dans notre travail, en dehors du degré de rétrécissement qui, à lui seul pourtant, traduisait plus ou moins l'impossibilité absolue d'un accouchement par les voies naturelles, l'on a fait intervenir plusieurs facteurs auxquels il convient d'attacher une certaine valeur. Et nous citerons l'épreuve du travail, le palper mensurateur et, quand il s'agissait de multipares, l'histoire des accouchements antérieurs ou des antécédents

obstétricaux, qui prend alors une importance capitale.

L'histoire de ces antécédents obstétricaux, nous l'avons scrupuleusement notée dans ces observations et si nous prenons les plus caractéristiques (11 observations : 18, 21, 24, 30, 62, 71, 76, 86, 96, 108, 110), nous y voyons que parfois des femmes (108, observation 360, 1934) ont fait les frais de 5 grossesses sans en retirer le bénéfice d'un enfant vivant ; et cette mortalité infantile a cessé le jour où l'indication d'une césarienne a été posée.

Au début de ce travail, dans le bref aperçu comparatif que nous avons fait entre la césarienne haute et la césarienne basse, nous avons souligné deux avantages que présentait cette dernière. Notre travail et l'exposé de nos observations confirment pleinement ce que nous avons avancé.

Tout d'abord, il y a peu de risques à opérer itérativement une femme ayant déjà subi une opération césarienne. Dans 21 cas en effet (observations Nos 1, 7, 20, 32, 36, 41, 42, 48, 59, 61, 68, 76, 79, 82, 86, 98, 102, 103, 104, 107, 125), il s'agit d'interventions itératives et parfois ces interventions ont été renouvelées trois fois.

Presque toujours la nouvelle opération, que parfois quelques adhérences ou une hémostase plus difficile ont pu allonger, a été relativement facile à pratiquer et la technique n'a dû en rien subir de modifications.

La césarienne basse, avons-nous exposé aussi, dans tous les cas suspects et qualifiés d'« impurs », offre une

sécurité beaucoup plus grande que la césarienne haute.

Là aussi, 25 cas que nous avons relevés nous le prouvent (observations N^{os} 2, 5, 15, 16, 23, 26, 31, 33, 50, 53, 58, 66, 67, 69, 70, 77, 81, 93, 113, 114, 115, 116, 117, 121, 124).

Très souvent en effet, ces interventions ont été pratiquées au cours du travail dans des conditions cliniques très défavorables, les membranes étant rompues depuis longtemps parfois, chez les femmes présentant une élévation de température et que de nombreuses tentatives d'extractions ou des mains non aseptiques de matrones (encore très fréquentes dans nos régions) avaient souillées.

Cette infection évidente ou probable n'a jamais entraîné de complications opératoires et toutes ces femmes ont guéri parfaitement.

Considérons maintenant le bilan de ces 126 cas au point de vue mortalité.

Mortalité maternelle : 2 cas.

Observations : N^{os} 4 et 65.

De ces deux cas d'ailleurs le second (choc opératoire) semble directement imputable à l'intervention.

Mortalité infantile : 3 cas.

Dans la première observation (N^o 64), l'enfant, qui était volumineux et dont l'extraction avait été pénible et nécessité le forceps, a vraisemblablement succombé à un traumatisme cranien.

Quant au deuxième (observation N^o 101), il était mort-né : il s'agissait d'une intervention pour pla-

centa prævia et chez une femme qui avait beaucoup saigné.

Dans le troisième cas enfin, la souffrance fœtale était, en plus du rétrécissement du bassin, l'indication de l'opération : né en état de mort apparente, il a été impossible de le ranimer.

Tels sont les renseignements que nous avons jugés utiles de dégager de ces interventions : leur étude justifie à notre avis l'exposé de ces 126 observations.

Pour terminer, indiquons la portée pratique de ce travail.

CONCLUSIONS

Nous avons apporté une statistique intégrale de césariennes basses.

Cette statistique a d'autant plus de valeur que tous les cas exposés dans ce travail sont dus au même auteur durant ces sept années.

Notre statistique est en effet très belle puisque, sur 126 cas, nous n'avons à enregistrer comme imputables à la césarienne basse qu'un décès maternel et un décès fœtal.

Les excellents résultats obtenus à la Maternité de Rennes par cette nouvelle technique, la possibilité de son application aux cas dits « impurs » (très nombreux dans nos observations comme nous l'avons montré), possibilité d'application qui souligne d'une façon générale le peu de risques encourus par la mère, qu'il s'agisse même d'interventions itératives, confirment la supériorité incontestable de la césarienne basse qui, sans aucun doute, a élargi dans des proportions considérables les limites de la chirurgie obstétricale.

Sur 126 observations, près de 110 cas ont reconnu comme indication la dystocie osseuse et en particulier

le rétrécissement rachitique du bassin : comme Rennes doit être envisagée comme loin déjà du centre de la Bretagne, c'est donner un court aperçu de la fréquence et de la sévérité du rachitisme dans ces régions.

Vu : le Président de la thèse,

BRINDEAU.

Vu : le Doyen,

Pour le Doyen:

L'Assesseur,

CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE.

- Ricardo Alvarez.* — Les Césariennes basses à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière (1923-1929). Thèse de Paris, 1929.
- Andérodias.* — L'opération césarienne basse ; ses indications, ses résultats (Gazette Hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, t. XLIX, n° 16, 15 avril 1928).
- Balard.* — Notre expérience personnelle sur la Césarienne basse, d'après 25 observations personnelles (Gaz. Hebd. des Sciences médicales de Bordeaux, avril 1928).
- Bensiman Toby.* — La Césarienne supra-symphysaire d'après les documents recueillis à la Maternité de Nancy. Thèse de Nancy, 1930-1931.
- Brindeau.* — De la Césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (Presse Médicale, 10 mars 1926).
- Brindeau (A.) et Canonne (A.).* — Technique de la Césarienne basse (indications, résultats) (Le Journal Médical français, n° 1, janvier 1930, p. 3).
- Cathala.* — De la valeur de la Césarienne basse (Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris, année 1926).
- Chapulliot (Edmond).* — Contribution à l'étude de la Césarienne supra-symphysaire transpéritonéale. Les 17 premiers cas à Alger. Thèse de la Faculté de médecine d'Alger, 1927.

- Couvelaire.* — Statistique des Césariennes basses faites à la clinique Baudelocque (Soc. d'Obst. et de Gynécologie, nov. 1925).
- Delmas (P.).* — Les avantages de la Césarienne basse sur la Césarienne classique (Gazette d'accouchements de Montpellier, mars 1932).
- De Lée.* — Technique de la Césarienne basse (Journal of the Amer. Medic. Ass., 14 mars 1925).
- Devraigne, Séguy et Laennec.* — Indications actuelles de la Césarienne basse (Journ. de Méd. et de Chirurg. Pratiques, 10 juin 1929, p. 407).
- Gellé.* — Contribution à l'étude de la Césarienne transpéritonéale basse. Thèse de Lille, 1929-1930.
- Grosse (A.).* — Les résultats de l'opération césarienne basse. Statistique personnelle (Gazette Médicale de Nantes, 15 nov. 1929).
- Guéniot.* — La Césarienne transpéritonéale basse supra-symphysaire (Le Bulletin Médical, n° 21, 17 mai 1930).
- Klein.* — La Césarienne supra-symphysaire. Rev. critique. Thèse de Paris, 1912.
- Phaneuf.* — La Césarienne supra-symphysaire (Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, 3 juillet 1926. Bruxelles Médical, 26 sept. 1926).
- Schickelé.* — Pelvitomie contre la Césarienne basse (Congrès de Gynéc. et d'Obstétrique. Paris, 1925).
- Snock (J.).* — L'épreuve du travail et la Césarienne basse (Comm. à la Société Belge de Gyn. et d'Obstétr., 2 avril 1927 et Bruxelles Médical, 1927).
- Watterwald.* — Avenir obstétrical après Césarienne basse (Revue française d'Obstétrique et de Gynécologie, février 1926).

